

## 115. Deutscher Ärztetag

22. bis 25. Mai 2012, Nürnberg

Nürnberg ist eine Stadt von großer historischer Bedeutung, schlimmen Verwerfungen und ihrer Aufarbeitung zugleich. Ab 1927 fanden die Reichsparteitage in Nürnberg statt. Die Nationalsozialisten nutzten so den Mythos der Stadt für ihre propagandistischen Zwecke.

Nürnberg war auch die Stadt der großen Prozesse. Nach Ende des Zweiten Weltkrieges wurde Nürnberg als Ort der Kriegsverbrecherprozesse der Alliierten ausgewählt, teils aus pragmatischen, teils wiederum aus symbolischen Gründen.

Vor 65 Jahren wurden 20 Ärzte als führende Vertreter der „staatlichen medizinischen Dienste“ des nationalsozialistischen Staates wegen medizinischer Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt. Diese Verbrechen geschahen unter Mitbeteiligung führender Repräsentanten der verfassten Ärzteschaft sowie medizinischer Fachgesellschaften.

Seit 1987 haben sich Deutsche Ärztetage immer wieder mit der Rolle der Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozialismus beschäftigt. Ärzte haben in der Zeit des Nationalsozialismus Tod und Leiden von Menschen herbeigeführt, angeordnet oder gnadenlos verwaltet. „Wo man Geschehenes nicht begreifen kann, wollen wir wenigstens dokumentieren, damit wir nie vergessen, damit wir und zukünftige Generationen lernen, dass so etwas nie wieder geschehen darf“, forderte Dr. med.



Eröffnungsveranstaltung im Nürnberger Staatstheater

© Klug

Frank Ulrich Montgomery in seiner Eröffnungsansprache zum 115. Deutschen Ärztetag.

Nürnberger Erklärung zum 115. Deutschen Ärztetag: „Wir Ärzte bekunden unser tiefstes Bedauern darüber, dass Ärzte sich entgegen ihrem Heilauftrag durch vielfache Menschenrechtsverletzungen schuldig gemacht haben, gedenken der noch lebenden und der bereits verstorbenen Opfer sowie ihrer Nachkommen und bitten sie um Verzeihung.“

Zum diesjährigen Deutschen Ärztetag kamen 250 Delegierte aus allen Landesärztekammern, davon zwölf ehrenamtlich tätige Ärzte der Sächsischen Landesärztekammer, in Nürnberg zusammen.

Etwa 1.100 Gäste und Delegierte verfolgten die Eröffnungsveranstaltung im Nürnberger Staatstheater und gedachten zunächst dem im November 2011 verstorbenen Prof. Dr. med. habil. Jörg-Dietrich Hoppe. „Er war unser aller Präsident, und er war vielen auch ein guter Freund“, sagte Dr. med. Montgomery.

Das deutsche Ärzteparlament beschäftigte sich während des 115. Deutschen Ärztetags sehr intensiv mit der Frage, welches der derzeit diskutierten Finanzierungskonzepte für die Krankenversicherung in Deutschland geeignet ist, eine qualitativ hochstehende Patientenversorgung dauerhaft sicherzustellen.

Weitere Schwerpunkte des Ärztetags waren:

- die dringend notwendige Novellierung der ärztlichen Gebührenordnung,
- das von der Koalition geplante Patientenrechtegesetz,
- neue kooperative und sektorübergreifende Versorgungsformen und deren Potenziale für die ärztliche Berufsausübung sowie für die Patientenversorgung,
- Strategien, wie das hausärztliche Berufsbild wieder positiv besetzt werden kann.

Der Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, wurde zum Ärztetag mit Applaus empfangen. Er forderte den Erhalt von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (PKV): „Wer eine Einheitskasse als Lösung für demografische Entwicklungen fordert, der übersieht, dass er den Versicherten zum Bittsteller einer staatlich gelenkten Einheitskasse machen will.“

Herr Bahr beurteilte: „Die Praxisgebühr ist eine Eigenbeteiligung, die ihren Zweck nicht erfüllt hat und nur ein Ärgernis ist.“ Man solle die Praxisgebühr abschaffen, wenn man die Beitragszahler entlasten wolle. Er forderte die Bundesärztekammer und die PKV auf, bei der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) einen Kompromiss zu finden. Solange halte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Entscheidung zur Öffnungsklausel offen. Bei dem Patientenrechtegesetz mahnte der Minister eine aktive Implementation einer „offensiven Fehlervermeidungskultur“



Dr. med. Max Kaplan und der Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr (r.)

© Klug

durch die Ärztekammer und einen verantwortungsbewussten Umgang mit „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) an. Eine generelle Beweislastumkehr ist für ihn tabu. Bei „IGeL-Leistungen“ müsse verhindert werden, dass auf Patienten Druck ausgeübt wird. Einem Entschädigungsfonds für Opfer von Behandlungsfehlern erteilte der Minister eine klare Absage. Wer einen Fehler begangen habe, soll auch dafür zur Verantwortung gezogen werden können.

### Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

„Wir Ärzte stehen für Therapiefreiheit, freier Arztwahl und Freiberuflichkeit. Wir wollen Pluralität statt Einheitsversicherungen. Wir wollen einen sozial geregelten, gerechten Wettbewerb, aus dem heraus Fortschritt und Zukunft erwachsen können“, sagte Dr. med. Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, bei der Eröffnung des 115. Deutschen Ärztetages. Die Freiheit ärztlicher Entscheidungen in medizinischen Fragen ist zugleich eine Grundfreiheit der Patienten.

Dr. med. Montgomery forderte den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems von gesetzlichen Krankenkassen und Privatversicherungen. Derzeit gebe es keine wirkliche Zwei-Klassen-Medizin. „Die würde aber sofort entstehen, wenn in einer Einheitsversicherung in Zukunft Bürokraten entscheiden, wie Fortschritt und Zukunft auszusehen hätten“, warnte der Präsident, „die Bürgerversicherung ist nichts anderes als der „Turbolader“ für die Zwei-Klassen-Medizin“.

### Anforderungen an eine gesetzliche Krankenversicherung in der Zukunft

Der Deutsche Ärztetag hat sich eingehend mit der künftigen Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung befasst. Hierzu wurden die gesundheitspolitischen Protagonisten Jens Spahn, MdB, Berlin, Gesundheitspolitischer Sprecher der Unionsfraktion, und Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach, MdB, Berlin, Gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion, zur Diskussion eingela-



Präsident der Bundesärztekammer,  
Dr. med. Frank Ulrich Montgomery  
© Klug

den. Im Mittelpunkt stand dabei die Frage, welches Konzept geeignet ist, eine im Zugang chancengleiche und qualitativ hochstehende Patientenversorgung dauerhaft sicherzustellen. Der Deutsche Ärztetag unterstützt die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens, das heißt, gesunde stehen für kranke, wohlhabende für ärmere Bürger mit ihren Beiträgen ein.

Der Deutsche Ärztetag fordert den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die Ärzteschaft will sich stärker in die Debatte über die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung einschalten und hierzu Forderungen an die Politik formulieren sowie bis 2013 ein eigenes Finanzierungskonzept erarbeiten.

### Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

Die Ärzte befürworteten die größere Flexibilität und verbesserte Familienfreundlichkeit im Praktischen Jahr, die Stärkung der Allgemeinmedizin, die didaktisch sinnvolle Gestaltung des zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung, die Gliederung des Praktischen Jahres wie bisher in zwei Pflichttertiale in Innerer Medizin und Chirurgie und einem Wahltertial in einem klinisch-taktischen Wahlfach beizubehalten und den stufenweisen Ausbau der Ausbildungsplätze in der Allgemeinmedizin.

Eine Überführung des Medizinstudiums in die Bachelor-/Master-Struktur gemäß der Bologna-Reform kommt für die deutsche Ärzteschaft weiterhin nicht in Betracht.

Die sächsischen Delegierten sprachen sich dafür aus, Medizinstudenten im Praktischen Jahr bereits frühzeitig an die Tätigkeit in der ambulanten Medizin heranzuführen. Dafür eignet sich insbesondere die Ableistung des Wahltertials im Praktischen Jahr in einer hausärztlichen Praxis. Dazu ist es notwendig, die infrastrukturellen Voraussetzungen an allen Fakultätstandorten durch ausreichend Lehrärzte zu schaffen.

### Nutzung der Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die derzeitigen Finanzüberschüsse der GKV sind maßgeblich auch Folge der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz für die Jahre 2011 und 2012 vorgegebenen Ausgabenbegrenzung-



Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze erläuterte am Beispiel des Diabetes-Netzwerkes in Sachsen die Bedeutung von Ärztenetzen

© Köhler

gen zu Lasten der ambulanten und stationären Versorgung.

Bevor Kassenbeiträge gesenkt werden, muss die angemessene Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung der Patienten sichergestellt werden. Die Ärzteschaft fordert die Bundesregierung auf, folgende gesetzgeberische Maßnahmen einzuleiten:

- Die Praxisgebühr ist abzuschaffen oder zumindest auszusetzen.
- Die nachhaltige Finanzierung der stationären Versorgung ist durch die Abschaffung der Begrenzung des Zuwachses der Erlösbudgets der Krankenhäuser auf die jährliche Veränderungsrate der Grundlohnsumme sicherzustellen. Außerdem ist die Einführung eines an der Kostenentwicklung in den Krankenhäusern gebundenen vollständigen Orientierungswertes anzustreben.

### **Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid**

Die deutsche Ärzteschaft fordert ein Verbot jeder Form der sogenannten organisierten Sterbehilfe. Die zunehmende Kommerzialisierung der Sterbehilfe lässt befürchten, dass sich verzweifelte Menschen immer häufiger für einen organisierten Suizid entscheiden. Gewerbliche oder organisierte Sterbehilfe ermöglicht kein Sterben in Würde und verbaut den Weg für eine adäquate Behandlung. Menschen mit existenziellen physischen und psychischen Erkrankungen benötigen unbedingt ärztliche

und pflegerische Hilfe sowie menschliche Zuwendung. Die Palliativmedizin vermag dies zu leisten. Der Gesetzgeber muss deshalb alle Facetten der gewerblichen und der organisierten Sterbehilfe strafrechtlich sanktionieren.

### **Organisation kooperativer Versorgungsformen kritisch bewerten**

Die sächsische Ärzteschaft forderte die Bundesärztekammer auf, sich kritisch mit der Etablierung kooperativer Versorgungsstrukturen auseinanderzusetzen. Bei der Organisation entsprechender Strukturen muss die Verbesserung der Patientenversorgung und nicht eine etwaige Gewinnoptimierung Priorität haben.

### **Patientenrechtegesetz**

Die Rechte der Patienten sind in Deutschland hochentwickelt und durch die Rechtsprechung umfangreich gesichert. Das Patientenrechtegesetz soll transparente Regeln schaffen und Patienten und Ärzten die nötige Rechtssicherheit geben. Die Intention des Gesetzesvorhabens wird von der Ärzteschaft begrüßt. Ein Übermaß an Dokumentation gilt es zu vermeiden.

Die grundlegenden Patientenrechte sind:

- eine individuelle, nach ihren Bedürfnissen ausgerichtete Behandlung und Betreuung,
- die freie Arztwahl,
- Transparenz,
- die Wahrung des Patientengeheimnisses,
- die Solidarität der Gesellschaft,
- eine solidarische Krankenversicherung,
- ein bürgernahes Gesundheitswesen,
- die Fürsorge und Zuwendung von allen im Gesundheitswesen Tätigen.

### **Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung**

Die Hausärzte sind die zentralen Ansprechpartner für die akute Versorgung und für die kontinuierliche Betreuung der Bürger bei allen gesundheitlichen Problemen. Die



Ute Taube: Der elektronische Heilberufsausweis ist ideal zur Organisation der innerärztlichen Kommunikation

© Köhler

Hausärzte sind in der Regel wohnortnah erreichbar und übernehmen die Verantwortung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Das Arbeitsfeld der Hausärzte stellt ein attraktives Berufsbild dar. Das breite Behandlungsspektrum macht den Hausarzt unverzichtbar für eine qualitative Patientenversorgung. Das Arbeitsfeld eines Hausarztes gibt der jungen Arztgeneration eine hervorragende berufliche Perspektive. Die hausärztliche Versorgung wird sichergestellt durch den Facharzt für Allgemeinmedizin, den hausärztlich tätigen Facharzt für Innere Krankheiten und den Kinder- und Jugendarzt. Zur Optimierung der wohnortnahen Patientenversorgung ist die bewährte Zusammenarbeit mit ambulant tätigen Ärzten und Ärzten anderer Fachgebiete weiter auszubauen. Aufgrund des Ärztemangels wird die ambulante Versorgung zukünftig verstärkt innerhalb von Kooperationen stattfinden. Dies entspricht auch dem Interesse der jüngeren Arztgeneration und steigert die Attraktivität des Hausarztberufes. Die Kooperation zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung ist weiterhin verbesserungsbedürftig. Dies gilt insbesondere für die sektorenübergreifende Organisation der Notfallversorgung in ländlichen Regionen.

### **Förderung kooperativer Versorgungsstrukturen**

In seinen „Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft“ (Ulmer

Papier) hat bereits der 111. Deutsche Ärztetag (2008) die Notwendigkeit einer flexiblen Nutzung sektorenübergreifender Kooperationsformen dargestellt. Durch mehr Kooperation und Vernetzung zwischen Hausärzten, Fachärzten, Krankenhausärzten und weiteren Gesundheitsberufen lässt sich die Versorgung patientenzentriert organisieren, dem Effizienzdruck und dem Wirtschaftlichkeitsdruck eher begegnen und die eigene Berufszufriedenheit steigern.

Auf dem 115. Deutschen Ärztetag wurde die gesamte Breite der Vertragsgestaltung im SGB V vorgestellt und diskutiert. Der Ärztetag forderte zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung die Förderung innovativer kooperativer Versorgungskonzepte:

- Gemeinschaftspraxen im Gebiet und gebietsübergreifend, Versorgungspraxen, Satellitenpraxen, Ärztehäuser,
- Kooperation in Praxisnetzen durch Vernetzung von Ärzten einer Region,
- Intensivierung der Kooperation von Hausärzten und Fachärzten mit den Pflegekräften im Pflegeheim und mit den ambulanten Pflegediensten,
- Ausbau ambulanter Rehabilitationseinrichtungen, insbesondere der geriatrischen Rehabilitation durch Bildung ambulanter Rehabilitationszentren,
- Ausbau der Prävention durch Einbeziehung aller relevanten Gesundheitsfachberufe,

- Ausbau der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, der Jugendhilfe, der Suchthilfe und psychiatrischen Tagesstätten.

### Förderung des Belegarztwesens

Den im kooperativen Belegarztwesen tätigen Ärzten bietet sich vor allem die Möglichkeit der gegenseitigen Beratung und Unterstützung, einschließlich der Assistenz bei Eingriffen sowie in einer besseren Vertretung für den Fall von Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen. Erfahrene Belegärzte können die fachlichen Ressourcen des Krankenhauses maßgeblich verstärken und damit die Leistungsfähigkeit, insbesondere auch kleinerer Krankenhäuser im ländlichen Raum, deutlich steigern.

### Prävention in der Arbeitswelt – betriebsärztliche Versorgung

Die deutsche Volkswirtschaft verliert jährlich 225 Milliarden Euro durch Krankheiten der Arbeitnehmer. Betriebliche Gesundheitsvorsorge hilft, die erwerbsfähigen Menschen gesund und arbeitsfähig zu erhalten. 76 Prozent der Arbeitsunfähigkeiten, die durch chronische Erkrankung entstehen, können durch Prävention verhindert werden.

Die Betriebsärzte sind aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung die Einzigen, die sowohl die medizinischen Befunde interpretieren können als auch die Arbeitsbedingungen des Betriebes kennen. Eine Herausforderung



Vizepräsident Erik Bodendieck: Medizinstudenten frühzeitig im Praktischen Jahr an die ambulante Medizin heranführen

© Köhler

ung für die Arbeitsmedizin stellt das zunehmende Alter der Belegschaften durch den demografischen Wandel dar. Bei einer länger werdenden Lebensarbeitszeit sollen ältere Beschäftigte und chronisch Kranke gezielter bei präventiven Maßnahmen berücksichtigt werden, um ihnen die längere, gesetzlich verankerte Lebensarbeitszeit zu ermöglichen.

Die Arbeitsmedizin und die betriebsärztliche Betreuung müssen zu einer zentralen Säule der Gesundheitsvorsorge werden. Die arbeitsmedizinischen Lehrstühle an den deutschen Universitäten sind wesentlich auszubauen, damit jeder Studierende der Humanmedizin qualitätsgesichert zu den Wechselbeziehungen von Arbeit, Gesundheit und Krankheit unterrichtet wird.



Dipl.-Med. Petra Albrecht und Dipl.-Med. Sabine Ermer (r.)  
© Köhler

### Delegation von ärztlichen Leistungen

Die ärztliche Gesamtverantwortung für Diagnostik und Therapie ist einer der Hauptgründe für die hohe medizinische Versorgungsqualität in Deutschland.

Der Deutsche Ärztetag hat erneut gefordert, dass eine Delegation von ärztlichen Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter weder pauschal noch leistungsorientiert erfolgen darf. Stattdessen ist es erforderlich, einzelne Kriterien und die individuelle Situation in Bezug auf die Qualifikation des Personals und des Versorgungsumfeldes zu berücksichtigen. Die Koordination, Kontrolle der Leistungen und die Dokumentation muss dabei in jedem Falle in der Verantwortung der Ärzte liegen. Das Patientenrecht auf eine Behandlung nach Facharztstandard ist bei allen getroffenen Regelungen zu gewährleisten. Die Delegation von ärztlichen Leistungen an qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter ist eine sinnvolle Maßnahme zur Aufrechterhaltung

der ärztlichen Versorgung. Zudem würden die Ärzte von Bürokratie und Verwaltungstätigkeiten entlastet. Eine Substitution von ärztlichen Leistungen durch nichtärztliche Berufe lehnt der Ärztetag ausdrücklich ab.

### Nachhaltige Umsetzung der Hygieneverordnungen in den Bundesländern

Die sächsischen Delegierten fordern die Bundesregierung auf, nachträglich auf die Bundesländer einzuwirken, sodass die Länder bei der Umsetzung der landesspezifischen Hygieneverordnungen die erforderlichen Begleitmaßnahmen (Einrichtung von Hygieneinstituten, Schaffung von Weiterbildungsstellen für Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin, Bereitstellung finanzieller Mittel) ergreifen. Die strukturierte curriculäre Fortbildung zum Krankenhaushygieniker kann nur eine zeitlich begrenzte Lösung sein. Es bedarf dringend der verstärkten Initiierung der regulären Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin.

### Organspende

Der Deutsche Ärztetag hat die sogenannte „Entscheidungslösung“ bei der Organspende begrüßt. Eine Entscheidung zur Organ- und Gewebespende soll freiwillig bleiben. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, Ärzte gesetzlich als fachlich qualifizierte Ansprechpartner für Fragen der Organspende vorzusehen. Dies darf nicht in das Belieben der Kassen gestellt werden.

### Gendiagnostikgesetz neu regeln

Der Ärztetag sprach sich dafür aus, die rein diagnostischen Untersuchungen aus dem Anwendungsbereich des Gendiagnostikgesetzes auszunehmen und die Regelungen des Gesetzes auf die prädiktiven genetischen Untersuchungen zu beschränken.

### Zweitmeinung im Internet

Die Berufsordnungen der Landesärztekammern sehen vor, dass die individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere aber auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchgeführt werden darf.

Es gehört zu den Pflichten des Arztes, sich über den Patienten ein eigenes Bild zu machen. Die Telemedizin stellt jedoch keine unzulässige Fernbehandlung dar, sofern sie berufsrechtskonform durchgeführt wird und gewährleistet ist, dass der Arzt den Patienten unmittelbar behandelt und ein weiterer mitbehandelnde Arzt über telemedizinische Verfahren an der Behandlung beteiligt ist.

### Betriebswirtin im Gesundheitswesen

Der Deutsche Ärztetag begrüßt die Neukonzeption einer Aufstiegsfortbildung für Medizinische Fachangestellte nach § 54 Berufsbildungsgesetz zur „Betriebswirtin im Gesundheitswesen“ durch die Bundesärztekammer und fordert die Landesärztekammern auf, entsprechende Kursangebote zu entwickeln. Die Betriebswirtin ist vom Niveau her auf der Leitungs- und Führungsebene angesiedelt, arbeitet im gegebenen Rahmen eigenständig und bereitet Entscheidungen der ärztlichen Unternehmensführung vor.

Alle angenommenen Beschlussanträge der sächsischen Delegierten im vollen Wortlaut sowie alle Pressemitteilungen finden Sie im Internet unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de). Das Wortprotokoll sowie alle Reden und Referate finden Sie unter [www.baek.de](http://www.baek.de).



Die sächsischen Delegierten bei der Abstimmung

© Köhler